UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1948 N° 39

L'HYSTERECTOMIE VAGINALE

sa place actuelle

en

Thérapeutique Gynécologique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1948

PAR

ROBERT PORTAIL

MEMBRES DU JURY : MM. LEFEBVRE, *Président*
GUILHEM
DIEULAFÉ
GRIMOUD
Assesseurs
Suppléant : M. LAPORTE

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Palais
TOULOUSE
—
1948

L'HYSTERECTOMIE VAGINALE

sa place actuelle

en

Thérapeutique Gynécologique

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0070

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1948 N° 39

L'HYSTERECTOMIE VAGINALE

sa place actuelle
en
Thérapeutique Gynécologique

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1948

PAR

ROBERT PORTAIL

MEMBRES DU JURY : MM. LEFEBVRE, *Président* ; GUILHEM, DIEULAFÉ, GRIMOUD, *Assesseurs* ; *Suppléant :* M. LAPORTE

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Palais
TOULOUSE
—
1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CALVET.
Assesseur	LEFEBVRE.
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS.	MM. RISPAL.	MM. MOOG.	MM. MAURIN.
ESCAT.	LAFFORGUE.	MÉRIEL.	RIBAUT.
	ARGAUD.	CAUBET.	SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale	GARIPUY.
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT.
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne	MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL.
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale	CALVET.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	N...
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES.
Histologie et embryologie	BROUSSY.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM. BAISSET (M.).
Obstétrique	GUILHEM.
Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS

Anatomie	MM. LAZORTHES.
Histologie	BIMES (ch. d. f.).
Médecine : MM. GADRAT, DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE.	Chirurgie : VIRENQUE, GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.).
Ophtalmologie	DÉODATI.
Chimie médicale	VALDIGUIÉ.
Physique médicale	MARQUÈS.
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire naturelle pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GARIPUY.
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ.
Chimie biologique	VALDIGUIÉ.
Chimie minérale	BLANC.
Stomatologie	CADENAT.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la tuberculose	MOREL, DAMBRIN (P.).
Parasitologie	LASSERRE.
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	MM. BLANC.
Hydrologie et Géologie	ASTRE.
Médecine sociale et du Travail	BOUNHOURE.
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BOUNHOURE.
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DÉODATI.
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES.
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.
Secrétaire de la Faculté	M. DUCROS.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE ET A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA TANTE ET A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEFEBVRE

Professeur de Clinique Chirurgicale et Gynécologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM

Professeur d'Obstétrique à la Faculté.

Qu'il veuille bien croire à notre respectueuse gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté.

Il a bien voulu nous confier le sujet de ce travail.

Nous le remercions vivement pour tous les conseils qu'il nous a donnés.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé de Chirurgie à la Faculté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

Professeur Agrégé de Médecine à la Faculté.

Nous les remercions d'avoir accepté d'être nos juges.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

AUX MÉDECINS DE L'HOPITAL D'ALBI

A MES CAMARADES D'INTERNAT
A L'HOPITAL D'ALBI

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

INTRODUCTION

L'hystérectomie vaginale permet de pratiquer l'ablation soit totale, soit subtotale de l'utérus. Elle fut la première des grandes opérations gynécologiques et a joui pendant longtemps d'une faveur justifiée. Elle donnait des résultats satisfaisants et présentait l'immense avantage d'une faible mortalité à une époque où la laparotomie équivalait à une menace de mort et exposait à de redoutables complications.

Elle tend, depuis des années, à tomber dans l'oubli, et la plupart des chirurgiens l'ont aujourd'hui abandonnée. On lui a fait des reproches fondés, alors que la technique de l'hystérectomie abdominale, de mieux en mieux réglée, améliorait considérablement les statistiques et réduisait la mortalité. La voie abdominale, rendue possible par la connaissance de l'asepsie, fut un événement tellement considérable dans l'histoire de la gynécologie que l'hystérectomie vaginale se trouva rapidement reléguée au rang des opérations périmées ou simplement traditionnelles. Pendant de longues années, laparotomistes et vaginalistes s'étant opposés ardemment, cette lutte eut pour résultat l'abandon à peu près complet de la vieille opération qui, au temps de PEAN, de DOYEN et RICHELOT avait épargné pourtant bien des vies humaines.

M. le Professeur DIEULAFÉ, en nous confiant le sujet de cette thèse, a su nous convaincre que l'hystérectomie vaginale demeure une opération excellente, avantageuse même, si la technique en est bien établie et si les indications en sont posées de façon précise.

Nous sommes en droit de nous demander si la force de l'habitude n'a pas fait oublier plus qu'elle ne le mérite l'ancienne opération, non seulement dans ses indications, mais encore dans sa technique. N'est-elle pas, de toutes les interventions sérieuses, celle dont les suites immédiates et lointaines sont les plus bénignes et les plus simples ? Il existe des raisons fréquentes pour en conserver la pratique. Ce sont les cas assez nombreux où elle est l'intervention de choix, et où, indépendamment des conditions de terrain, il faut la préférer à la voie haute.

Elle mérite mieux que le discrédit où elle est tombée. Cette opinion est à l'heure actuelle partagée par de nombreux auteurs et nous assistons, depuis plusieurs années à un regain de faveur pour l'hystérectomie vaginale à l'étranger (Autriche, Allemagne, Amérique) et aussi en France.

Si nous ne voulons pas ici faire revivre la vieille querelle des laparotomistes et des partisans de l'hystérectomie vaginale, nous devons admettre que cette dernière, en dehors des indications majeures, doit être simple et facile. La notion de facilité opératoire devra nous guider pour en déterminer les indications.

Notre but ne sera pas de la prôner à outrance, car ses indications restent malgré tout limitées, mais nous nous efforcerons de lui restituer le rôle qu'elle doit jouer dans la chirurgie moderne.

Ce sujet serait beaucoup trop vaste pour ce modeste travail. Nous nous bornerons, après un bref rappel historique et une rapide revue d'ensemble sur la technique opératoire, à étudier les conditions, les indications et les contre-indications, les avantages et les inconvénients de cette intervention, ce qui nous permettra, pour conclure, de situer, à l'heure actuelle, la place de l'hystérectomie vaginale en thérapeutique gynécologique.

(Nous avons de même volontairement limité la bibliographie aux travaux récents de ces dernières années.)

RAPPEL HISTORIQUE

La première ablation de l'utérus par voie vaginale remonte à 1812, mais ce fut une erreur de PALETTA qui ne voulait que réaliser l'amputation d'un col cancéreux et constata, après l'intervention, qu'il avait enlevé l'organe en entier.

C'est en 1822 que SAUTER, de Constance, pratiqua la première ablation de l'utérus cancéreux par le vagin. Cette audace chirurgicale fut couronnée de succès, la malade guérit et vécut encore quelques mois, avant de succomber à une récidive; mais c'est seulement par l'audace que SAUTER fut un précurseur, et l'opération qu'il exécuta n'avait, dans sa simplicité brutale, rien d'une intervention méthodique et réglée : il enleva en effet l'utérus sans faire la moindre hémostase directe et se contenta de bourrer la brèche de charpie et d'amadou.

C'est RÉCAMIER qui fut le créateur véritable de l'hystérectomie vaginale. Il la fit le premier en France, à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 23 juillet 1829, chez une femme atteinte de cancer du col, et il l'exécuta le premier suivant une technique réglée, en liant l'utérine dans la base du ligament large avant de sectionner celui-ci; il laissait à la vérité le pédicule ovarien sans ligature. L'opérée de RÉCAMIER guérit et survécut un an; mais les quelques chirurgiens qui voulurent l'imiter (ROUX, DUBLED, DEI-

PECH) furent moins heureux. Dès 1830, l'Académie de Médecine, malgré l'autorité de LISFRANC qui défendait l'opération nouvelle, condamnait l'hystérectomie. Elle fut abandonnée pendant près de cinquante ans. Si l'on trouve décrites et figurées dans l'atlas de BOURGERY et JACOB (1840) l'hystérectomie vaginale, et aussi l'hystérectomie abdominale, que LANGENBECK avait faite dès 1825 et que DELPECH avait répétées après lui, c'est avec un commentaire qui rejette formellement ces interventions. L'heure de l'hystérectomie n'était pas encore venue, et d'ailleurs, cette période qui va de 1830 à 1870 est la plus sombre de la chirurgie, celle où l'infection régnait en maîtresse dans les hôpitaux. Il faut signaler cependant la tentative de CHOPPIN, qui, en 1867, fit une hystérectomie vaginale pour prolapsus utérin; il ne trouva pas d'imitateurs.

C'est un peu plus tard et sous le couvert de l'antisepsie que l'opération de SAUTER et de RÉCAMIER devait entrer dans la pratique chirurgicale. En 1878, CZERNY enlevait avec succès par voie vaginale un utérus cancéreux, quelques mois après que FREUND avait fait revivre l'opération de LANGENBECK et pratiqué à nouveau l'hystérectomie abdominale pour cancer, bientôt suivi dans cette voie par DEMONS. En 1882 et 1883, il applique l'hystérectomie vaginale au traitement des fibromes et imagine le morcellement qui permet d'extirper de cette manière les plus volumineuses tumeurs. Pour la première fois, en 1887, il enlève l'utérus par voie basse dans un cas de suppuration pelvienne. Entre temps, RICHELOT avait réalisé un progrès technique d'une importance capitale par l'emploi des pinces à demeure, qu'il avait préconisé et mis en pratique en 1885. C'est lui qui, en 1886, reprenant l'idée de CHOPPIN, remit en honneur l'hystérectomie vaginale dans certains prolapsus utérins. Avec PEAN et RICHELOT,

avec Segond, Terrillon, Doyen et la majorité des chirurgiens français, de 1885 à 1895, l'hystérectomie vaginale règne sans conteste et dans tout son éclat; elle est l'opération la plus brillante et la plus employée de la gynécologie. Puis, graduellement, son domaine se restreint au profit de l'hystérectomie abdominale qu'avaient toujours pratiquée Terrier et Pozzi. C'est que, de 1895 à 1905, la technique de la laparotomie pour annexites, puis de l'hystérectomie abdominale, s'était peu à peu améliorée, au point de devenir à peu près parfaite. L'éducation générale de tout le personnel hospitalier, depuis le chef de service jusqu'à la dernière des infirmières, s'était perfectionnée peu à peu, au point de vue des règles et des pratiques de l'asepsie, en même temps que des modifications profondes s'étaient produites dans les dispositions comme dans l'outillage des services opératoires. Les améliorations techniques en rendirent l'exécution plus facile et plus sûre, et les résultats plus certains : L'usage de la position déclive, introduite en France vers 1890 et 1891 par Delagenière et par Hartmann, la substitution de l'hémostase anatomique des vaisseaux aux ligatures en masse et aux gros pédicules, la pratique de la péritonisation méthodique des surfaces cruentées, réglée par Chaput et par Quenu, furent les principaux facteurs qui, en diminuant la gravité de l'hystérectomie abdominale, lui permirent de supplanter progressivement l'hystérectomie vaginale.

C'est ainsi que triompha la laparotomie. Mais son triomphe légitime fut tout de même excessif; sa place apparaît aujourd'hui bien modeste dans la gynécologie opératoire, et ses indications peu fréquentes lorsqu'on les compare à celles de l'hystérectomie abdominale. De nombreux chirurgiens la condamnent de parti pris, peut-être

parce qu'ils la connaissent mal et qu'elle ne présente pour eux que des inconvénients; ils estiment qu'elle doit, en toute circonstance, céder la place à la voie haute. Au congrès de chirurgie de 1924, J.-L. Faure disait ne la pratiquer « qu'exceptionnellement et par tradition ».

De nos jours, cette opinion n'est plus généralement admise. « Il est des cas où les avantages de la voie basse sont primordiaux, où l'hystérectomie vaginale apparaît comme une opération de salut » (Ch. Lenormant) et nous voyons en Autriche, Adler; en Allemagne, Amreich, Peham, Schauta, Schilling, Stoeckel; en Amérique, Baker Spalding, Gellhorn, Sproat Heaney, Babcock, Danforth, Averett, Tyrone, Campbell; en France enfin, Petit, Cotte, Bertrand, Sejournet, Rouhier, réaliser à nouveau et défendre avec J.-L. Faure (Académie de Chirurgie, 1942) l'hystérectomie vaginale.

TECHNIQUE OPERATOIRE

A. Procédés

Nous allons les décrire rapidement, d'après Bertrand et Guillemin. Ils sont classiques, au nombre de trois.

La malade est mise en position gynécologique, sur la table légèrement basculée en arrière. L'intervention, quel que soit le procédé technique choisi, comprend les mêmes temps préliminaires :

Préhension du col après mise en place d'une valve postérieure qui déprime la fourchette.

Abaissement du col.

Incision circulaire du vagin au niveau du point de réflexion de la muqueuse vaginale sur le col.

La tranche postérieure saigne, mais l'hémorragie est minime avec le bistouri électrique.

On a alors le choix entre les trois procédés classiques :

I. Colpotomie antérieure avec bascule antérieure de l'utérus.

Elle comporte les temps suivants :

1° Colpotomie antérieure : ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

2° Préhension utérine et bascule antérieure, par luxation en avant de la symphyse du fond utérin.

3° Ligature du pédicule supérieur (ligament rond et trompes qu'il est préférable de lier séparément).

4° Section et ligature des artères utérines et des ligaments utéro-sacrés.

5° Ouverture du cul-de-sac de Douglas, qui libère l'utérus.

II. Colpotomie postérieure.

1° Colpotomie postérieure : ouverture du cul-de-sac de Douglas.

2° Bascule de l'utérus en arrière.

3° Ligature du pédicule supérieur.

4° Ligature des artères utérines.

5° Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

III. Hystérectomie vaginale par descente.

1° Ouverture du cul-de-sac de Douglas.

2° Section et ligature des ligaments utéro-sacrés, qui provoque la descente de l'utérus à la vulve.

3° Ligature des artères utérines.

4° Descente de l'utérus : la section des utérines accentue la descente. Ouverture du cul-de-sac antérieur vésico-utérin ; section et ligature du ligament rond et du pédicule tubo-ovarien. L'ablation de l'utérus est réalisée après la ligature du pédicule supérieur.

La terminaison est la même quel que soit le procédé employé. Après vérification de l'hémostase, suture au surjet ou à points séparés de la tranche vaginale postérieure, puis fixation simple de la tranche de suture vaginale aux

pédicules et péritoine ouvert sur une mèche, ou fermeture totale du péritoine (Rouffard, Bouilly) et amarrage des pédicules au angles du vagin. La fermeture totale de la muqueuse est peu recommandable en raison des hématomes sous-péritonéaux.

La myoraphie des releveurs est un temps complémentaire terminal lorsque le périnée est effondré.

Si l'utérus est volumineux, on le fend progressivement sur la ligne médiane antérieure; des pinces de Museux, placées sur les lèvres de l'incision, permettront de tirer pour obtenir la bascule du fond en avant. Mais l'hémisection antérieure de Doyen, l'hémisection totale de Müller et Quenu, ont l'inconvénient d'ouvrir la muqueuse utérine. La myomectomie peut rendre de grands services en cas de myome un peu volumineux où la voie basse s'impose. On peut être conduit, dans des cas de vagins atrésiques, à réaliser des débridements vulvaires ou périnéaux à la Chaput ou à la Schukart-Schauta.

A signaler enfin le procédé de Rieck, qui permet de réaliser une hystérectomie vaginale sub-totale.

Revenons maintenant sur un point particulier : *l'hémostase.* Elle peut être réalisée de deux façons :

Par les pinces à demeure, qui permettent une opération plus rapide et assurent un drainage efficace dans les cas de suppuration pelvienne; elles facilitent l'opération en cas d'utérus peu mobile (J.-L. Faure, Pean).

Par les ligatures, surtout employées aujourd'hui, car on a reproché aux pinces à demeure d'être douloureuses et dangereuses : risque de pincement de l'uretère et de l'intestin, d'hémorragie primitive ou secondaire, d'infection par voie ascendante, et de sphacèle. Les ligatures des vaisseaux peuvent être faites correctement en toute sécu-

rité (Petit, Martin, Tuffier) et Campbell, en Amérique, estime capitale une hémostase méticuleuse.

b. Instruments

L'instrumentation est simple, et il est fort commode de n'utiliser que le matériel courant de la chirurgie gynécologique : bistouri ou bistouri électrique, pinces de Museux, valves vaginales de Doyen, écarteurs de Farabeuf, clamps, pinces de Péan ou de Kocher. On ne doit pas chercher à réaliser une « opération éclair » (instruments spéciaux pour certains auteurs), sans pour cela renoncer à la rapidité, et une hystérectomie vaginale doit être accomplie aussi méthodiquement qu'une hystérectomie abdominale.

c. Anesthésie

L'anesthésie locale peut être utilisée, mais elle n'offre aucun avantage, et s'avère souvent insuffisante.

On a alors le choix entre l'anesthésie générale et la rachi-anesthésie. Cette dernière, quand elle est possible (état général de la malade satisfaisant) facilite l'intervention par le relâchement périnéal qu'elle donne et le silence abdominal qui évite toute issue d'anses grêles dans le champ opératoire.

d. Soins pré-opératoires

Ils n'ont rien de particulier et sont les mêmes que ceux qui précèdent toute intervention. Désinfection du vagin par des injections antiseptiques quatre fois par jour.

Purgation trois jours avant l'intervention; lavement la veille et extrait thébaïque pour constiper. Raser complètement la région et la recouvrir d'un pansement aseptique.

Au début de l'intervention, la malade en position gynécologique est sondée. Les parois vaginales et le col sont badigeonnés au mercurochrome. et la cavité cervicale désinfectée au thermocautère.

E. Soins post-opératoires

Sonde à demeure. Les mèches sont enlevées et remplacées entre le deuxième et le troisième jour (dans le cas des pinces à demeure, on les enlève le deuxième jour). Après le quatrième jour, on peut supprimer la sonde à demeure et donner quotidiennement deux injections vaginales à très basse pression. avec du sérum physiologique. La malade peut se lever sans inconvénients le septième jour.

Au quinzième jour, le fond du vagin ne présente qu'une cicatrice transversale. On fera des attouchements au crayon de nitrate d'argent sur les bourgeons charnus qui peuvent rester.

CONDITIONS ANATOMIQUES

L'hystérectomie vaginale doit « être simple ou ne pas être », et la notion de facilité opératoire devra toujours nous guider pour en poser les indications. Elle sera facile (R. LABRY) si :

1° *L'utérus n'est pas trop gros.* En cas de fibrome volumineux, l'avantage de la laparotomie est indiscutable. Nous avons vu plus haut qu'un chirurgien entraîné pourrait alors recourir à la myomectomie ou au morcellement, qui permettait à PEAN et SEGOND d'extirper d'énormes tumeurs.

2° *L'utérus n'est pas trop friable,* car l'hystérectomie doit se faire en vase clos pour éviter l'infection ou l'ensemencement en cas de cancer du corps.

3° *L'utérus est mobile ou mobilisable* pour être facilement abaissé.

4° *Le col peut servir de tracteur.*

5° *Les parties molles du vagin et du périnée restent souples.* Elle ne sera pas tentée chez les vierges, chez les femmes au vagin cicatriciel, scléreux, étroit, profond, au périnée rigide. On peut cependant avoir recours, dans les cas relativement favorables, au débridement vulvaire, à la simple épisiotomie.

INDICATIONS

En présence d'une malade, le principe de l'intervention étant acquis, deux possibilités s'offrent au chirurgien : l'opération par voie haute, la laparotomie; l'intervention par voie basse, l'hystérectomie vaginale.

Nous essaierons d'exposer ici les indications de cette dernière, telles que nous les concevons à l'heure actuelle. Elles seront réparties en quatre groupes :

1° Indications formelles.

2° Indications utiles.

3° Cas discutables.

4° Indications exceptionnelles.

1° Indications formelles

Ce sont les cas où les avantages de la voie basse sont indiscutables et où la vaginale s'impose. Il existe des malades dont l'état général fait rejeter la voie haute alors que l'hystérectomie vaginale reste bien supportée si les conditions locales le permettent.

Luzuy, dans sa thèse, a bien défini cette catégorie de malades qui, malgré les soins pré-opératoires les plus minutieux, paient un lourd tribut à la chirurgie : « *Les obèses, les hypertendues, les cardiaques mal com-*

pensées, les cardio-rénales à mauvaise urée sanguine ou à constante d'Ambard au-dessus de 0,10 après une cure de régime, *les sujets porteurs de lésions de sclérose pulmonaire étendue, emphysémateux, tuberculeux fibreux, diabétiques.* Dans d'autres cas, ce sont les progrès mêmes de l'affection génitale qui ont créé le mauvais terrain, telles *les anémies graves des fibromes ou des néoplasmes utérins*, tel *l'amaigrissement cachectique* avec température à grandes oscillations des suppurations pelviennes qui n'ont pas cédé à la colpotomie. Enfin, dans une dernière catégorie, *l'âge avancé* est à lui seul une cause de moindre résistance.

Lorsqu'on analyse les raisons de la mortalité post-opératoire chez de telles malades, on est amené à reconnaître, sous l'angle spécial de la gynécologie, deux facteurs principaux : la position déclive dite de Trendelenburg, et le shock opératoire. La position de Trendelenburg, indispensable à la plupart des interventions sur le petit bassin, est mal supportée par les obèses, les cardiaques, les hypertendues et les scléreuses pulmonaires, et tous les auteurs s'accordent pour l'accuser des asystolies aiguës post-opératoires.

Le shock opératoire a pour cause déterminante principale l'ouverture large du péritoine, l'exposition à l'air et la manipulation des anses intestinales, considérablement augmentée par la moindre faute de l'anesthésiste pendant une anesthésie générale. La chute de la tension artérielle, effet et témoin le plus sensible du shock, est d'autant plus intense qu'on fait une brèche péritonéale plus large et qu'on manipule avec moins de douceur les anses intestinales et surtout leurs mésos.

Aussi croyons-nous que la bénignité de la voie vaginale comparée à la laparotomie, tient à ce qu'elle supprime le

facteur de gêne circulatoire en se passant du plan incliné, et, d'autre part, à ce qu'elle réduit au minimum les gestes déclenchants du shock opératoire. »

Pour terminer, une dernière indication dans cette catégorie : les malades atteintes de *petits fibromes sphacéliques infectés* bénéficieront de cette intervention, étant donnée leur gravité opératoire.

Il ne nous apparaît pas douteux que l'hystérectomie vaginale s'affirme dans ces cas-là, comme l'opération de choix, du fait de l'absence de shock opératoire, chez des malades âgées dont la résistance est amoindrie et l'état général précaire.

2° Indications utiles

Ce sont les cas où la voie basse doit être préférée à la voie haute, avec cette réserve que l'intervention puisse être facile.

1° *Grands prolapsus utérins.*

Chez les femmes jeunes, on doit toujours s'efforcer de conserver l'utérus et nous ne devons admettre l'hystérectomie, dans les prolapsus, que lorsqu'il s'agit de femmes ayant atteint ou dépassé l'âge de la ménopause.

Elle permet de supprimer facilement un organe qui a perdu droit de domicile. « On opère constamment au dehors de la vulve, on a toutes les parties sous les yeux, on pince et on lie les vaisseaux de visu; c'est la plus simple et la plus bénigne des hystérectomies. » (Richelot)

On peut en discuter l'utilité pour deux variétés :

a) les grands prolapsus utéro-vaginaux;

b) les prolapsus avec hypertrophie cervicale et métrite chronique, prolapsus avec col suspect.

Tous les chirurgiens en général, réservent une grande place aux indications de l'hystérectomie vaginale dans les grands prolapsus des femmes âgées.

Quand il s'agit d'un utérus qui présente des myomes diffus, une métrite sénile rebelle avec col hypertrophié, allongé, ulcéré, induré, dont l'aspect et la consistance font suspecter le cancer, il sera souvent utile de mettre la malade au repos avec pansements locaux répétés. Cet état peut se modifier rapidement s'il s'agit de lésions inflammatoires banales provoquées par le prolapsus : les ulcérations se cicatrisent et l'infiltration du paramètre disparaît. On peut alors envisager l'opération de LEFORT : traitement plus conservateur (elle nécessite un temps complémentaire, l'amputation du col, s'il est hypertrophié).

Si l'évolution ne se montre pas aussi favorable, il serait alors imprudent de tenter chez une telle malade une cure de prolapsus en conservant l'utérus.

On peut se demander si l'hystérectomie vaginale suffit, à elle seule, à guérir le prolapsus génital, à empêcher les parois vaginales de bomber et de se dérouler sous la poussée abdominale. Certains auteurs (KENNEDY), l'affirment et prétendent que l'emploi de larges clamps à demeure et le méchage du vagin favorisent l'apparition de tissus de sclérose qui s'opposent à une nouvelle chute du vagin et de la vessie. La plupart des chirurgiens modernes pratiquent une colpectomie avec colporaphie et périnéoraphie pour réaliser la cure radicale du prolapsus.

Ainsi, l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, car elle est toujours applicable, même aux formes les plus graves des prolapsus génitaux.

2° *Cancer du corps.*

L'hystérectomie vaginale trouvera souvent son emploi dans les cancers du corps utérin. La tumeur reste longtemps confinée à l'utérus lui-même et n'envahit qu'assez tard les ganglions; une exérèse limitée peut suffire dans bien des cas et, lorsqu'on a affaire à une femme âgée, en médiocre état général, anémiée par des hémorragies, lorsque le cancer ulcéré détermine un certain degré d'infection, il y aura de grands avantages à préférer la voie vaginale, toujours moins shockante et plus bénigne que l'hystérectomie abdominale.

Il faut toujours soupçonner le cancer derrière un diagnostic de métrite hémorragique après la ménopause, et savoir souvent mettre en doute le résultat du curettage biopsique. L'hystérectomie abdominale pourrait paraître disproportionnée, dans ces cas douteux, avec la bénignité ou du moin l'incertitude du diagnostic, et la voie vaginale permet alors d'étendre le champ de ses indications.

Dans les cas de cancer confirmé, il faut savoir que l'intervention peut s'avérer difficile quand l'utérus est très augmenté de volume, particulièrement mou, se déchirant à la moindre prise. Ces difficultés sont encore accrues par l'existence de lésions associées: myomes, lésions annexielles. Le procédé de Shelton-Horsley (utérus bourré de gaze iodoformée permettant d'en faire l'ablation en vase clos) facilitera la manœuvre en donnant plus de tonicité à l'organe. Il y aura tout intérêt à faire une

épisiotomie pour en faciliter l'accouchement : elle donnera plus de place et n'obligera pas à une hémisection ou à un morcellement après une déchirure ou une rupture de l'isthme.

Peham et Amreich ont opéré 36 cancers du corps : ils ont fait 33 hystérectomies vaginales sans aucune mort, et 3 hystérectomies abdominales avec 2 morts.

La friabilité utérine, l'atrésie vaginale sénile font souvent préférer classiquement l'hystérectomie totale par voie abdominale chaque fois qu'elle est possible. Mais le cancer du corps est pour certains (Cotte) une indication type de l'hystérectomie vaginale : opération rapide, peu shockante, convenant à des malades âgées.

3° *Fibromes petits ou moyens.*

Il ne s'agit plus actuellement d'enlever par voie basse, comme jadis, de volumineuses tumeurs, et pour les petits fibromes hémorragiques qui ont été longtemps le triomphe de l'hystérectomie vaginale, la radiothérapie et la curiethérapie donnent aujourd'hui des résultats si constants et si rapides que la place de l'intervention sanglante apparaît singulièrement limitée dans leur traitement. Ce n'est qu'après échec de la thérapeutique par les rayons qu'on y aura recours, dans les cas de fibromes petits ou moyens chez des femmes tantôt obèses, tantôt saignées à blanc par des hémorragies répétées. L'état général est déjà grave avant l'intervention, et la voie abdominale peut comporter des risques trop grands.

4° *Grosses suppurations pelviennes diffuses.*

Il s'agit alors de ces grosses suppurations dans lesquelles le pus est mal collecté et où la colpotomie est tout à fait insuffisante. Dans ces cas il faut, comme on disait autrefois, « faire sauter la bonde » et enlever l'utérus, ce qui assurera un large drainage. Ce sont des cas que l'on observe évidemment de moins en moins, cas dans lesquels l'hystérectomie abdominale est pratiquement impossible, tandis que la vaginale peut être salvatrice.

5° *Infection puerpérale grave post-abortum.*

Nous n'envisagerons que les cas où il s'agit d'un avortement au cours des premiers mois, où l'hystérectomie paraît la seule chance de salut.

La voie vaginale sera utilisée à condition que la consistance, la mobilité et le volume de l'utérus s'y prêtent sans difficulté. (S'il y a métrite parenchymateuse suppurée ou pyométrie, l'aspect des lésions, la multiplicité des abcès du corps utérin, leur situation fréquente immédiatement au-dessous du péritoine nécessitent, pour enlever d'un bloc l'organe septique, une douceur de manœuvre qu'on ne peut pas espérer par cette voie.) Elle supprime radicalement le foyer d'origine de l'infection et, si celle-ci n'est pas encore généralisée, si l'intoxication de l'organisme n'est pas trop profonde, s'il n'y a pas une phlébite trop étendue des veines pelviennes, elle enraye les accidents. L'hystérectomie abdominale, que l'on a tentée également en pareille circonstance, s'est montrée d'une effroyable gravité. La voie vaginale a ici tous les avantages: Rapide, peu shockante, généralement

facile, elle peut être exécutée en quelques minutes par un opérateur exercé, et n'expose pas, comme la voie haute, à l'inoculation massive du territoire; s'il y a déjà péritonite, elle en assure le drainage au point déclive. Il ne faut pas la faire *in extremis*, alors que les chances de succès sont nulles; mais suffisamment tôt, lorsque, vingt-quatre heures après un curettage soigneux et bien complet, la fièvre et les frissons persistent et l'état général reste inquiétant. Mais de nos jours, l'apparition de la pénicilline a rendu dans ces cas des services inespérés, et le traitement médical s'est souvent substitué à l'acte opératoire.

Dans le cas particulier du tétanos *post abortum*, se pose aussi le problème de la suppression du foyer tétanigène: Ch. Lefebvre et Laurens rapportent quatre cas de tétanos *post abortum* où le traitement chirurgical fut associé au traitement sérothérapique : Un curettage avec guérison, trois hystérectomies vaginales avec deux guérisons.

En concluant, notre Maître, Monsieur le Professeur Lefebvre, s'exprime ainsi: « De toutes manières, l'hystérectomie paraît théoriquement à ce point indispensable, qu'on n'ose pas laisser évoluer un tétanos *post abortum* sans intervenir. Il nous a semblé que l'hystérectomie pouvait pratiquement acquérir un certain droit de cité dans l'arsenal thérapeutique du tétanos *post abortum*. Il nous paraît, d'autre part, que la voie vaginale reste la meilleure, car elle est la moins choquante et la plus rapide. Si l'intervention chirurgicale provoque une recrudescence des signes généraux, elle ne semble pas provoquer une augmentation du syndrome tétanique proprement dit. »

6° *Certaines affections utérines chroniques survenant au moment de la ménopause ou après celle-ci* (Luzuy).

a) Les métrorragies de la ménopause. — Elles sont fréquentes, mais il est peu de cas où leur persistance, l'altération de l'état général — malgré l'absence de fibrome et de lésions annexielles, malgré un curettage destiné à éliminer l'existence de polypes — mettent la vie de la malade en danger et obligent à prendre une décision thérapeutique plus grave.

Deux traitements peuvent alors être proposés :

— Soit l'application locale intra-utérine de radium;

— Soit l'hystérectomie.

La plus grande simplicité du premier ne doit pas, à notre avis, le faire toujours préférer. On lui a reproché lorsqu'il n'est pas très bien appliqué, de donner des sclé-roses vulvo-vaginales, des troubles endocriniens rapides et intenses, de l'obésité, par l'installation d'une ménopause brutale. Mais il faut faire au radium un reproche autrement sérieux : C'est que « ces utérus qui saignent beaucoup à l'époque de la ménopause peuvent être souvent ultérieurement le siège de cancer du corps » (Lecene). Les hémorragies peuvent même être déjà la manifestation d'un cancer au début. (Sur le cancer à type cylindrique, on sait que le radium est sans action.)

Il y a donc un gros avantage, si les symptômes entraînent à une thérapeutique active, à supprimer radicalement l'utérus, et il est à peine besoin d'ajouter que l'hystérectomie abdominale, qu'il faudrait faire totale, présente une gravité bien supérieure à celle de l'hystérectomie vaginale.

b) Les utérus saignant après la ménopause. — Dans les traités classiques, ils comprennent un groupe d'affections assez disparates, dans lequel on trouve : La *métrite sénile*, caractérisée par des écoulements muco-purulents fétides dès le début de leur apparition (Siredey) et quelquefois mêlés de sang, la *métrite angiomateuse* de Quenu, la *métrite polypeuse*, les *utérus étiquetés fibromateux* sur leur dureté et sans augmentation notable de volume, et enfin, dominant toutes les autres affections par sa fréquence redoutée : Le *cancer du corps de l'utérus.*

Cliniquement, les choses doivent beaucoup être simplifiées : L'ancienne métrite hémorragique est progressivement démembrée au profit du cancer.

Le diagnostic ferme de métrite sénile n'est porté avec certitude qu'après sa guérison par un curettage. D'autres fois, elle se complique de rétention purulente intra-utérine ou pyométrie, d'autres fois, Maurange, de Rouville, l'ont accusée d'avoir subi la dégénérescence cancéreuse. A leur propos, J.-L. Faure écrivait: « D'ailleurs que valent ces utérus qui, chez ces vieilles femmes, saignent ou suppurent, même s'ils ne sont pas cancéreux? Ces utérus qui ont perdu leur fonction et contiennent un germe de mort. »

Le diagnostic de métrite polypeuse ne peut être admis, lui aussi, qu'après guérison par dilatation et curettage. Mais il est souvent suspect. « Il faut se méfier de ceux des polypes qui ont une apparence sessile, s'insérant sur la muqueuse par une implantation large; quelques-uns saignent abondamment au contact du doigt, et on sent à leur surface quelques nodules indurés, qui caractérisent nettement des nodules épithéliomateux. Il est prudent, même

quand on ne perçoit pas d'induration, de les examiner au microscope » (SIREDEY). Leur dégénérescence est donc possible.

Enfin, les diagnostics de métrite angiomateuse, ou villeuse, de fibromatose sans augmentation notable du volume de l'utérus, ne doivent être admis qu'avec les plus grandes réserves : Ils sont uniquement des diagnostics d'élimination.

GRÉGOIRE et BECLERE ont montré le parti qu'on pouvait tirer chez de telles malades d'injection de lipiodol intra-utérin. Elle fait apparaître, en un point de la cavité utérine, l'image de la petite tumeur vers laquelle il faut guider la curette pour que le curettage soit positif.

Donc, un très grand nombre de ces métrites hémorragiques doivent être considérées comme des états précancéreux, et un plus grand nombre encore sont de véritables cancers du corps utérin. « On peut poser en principe que, lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles voit apparaître d'une façon continue des écoulements de sang ou de liquide plus ou moins septique sanguinolent, il y a neuf chances sur dix, si elle n'a rien au col, pour que ces écoulements anormaux soient dus à un cancer du corps utérin » (J.-L. FAURE).

Le cancer du corps est une affection très commune et J.-L. FAURE s'élève même contre les méfaits du curettage explorateur: « S'il est positif, il ne sert à rien puisqu'il ne fait qu'engager plus encore à une opération déjà décidée. S'il est négatif et fait renoncer à toute opération, il est nuisible en empêchant l'ablation d'un utérus qui, neuf fois sur dix, est cancéreux. »

c) LES MÉTRITES CHRONIQUES AVEC RÉTROVERSION

DOULOUREUSE. — Grandes multipares à col déchiré et donnant d'abondants écoulements purulents qui déterminent souvent un prurit vulvaire ou de l'intertrigo; à utérus lourd, douloureux, basculé dans le Douglas où il occasionne de la constipation, des douleurs sacrées, et par retentissement sur l'état général réalisent au maximum les troubles fonctionnels nerveux et gastriques sur lesquels POZZI a insisté.

C'est sur la rétroversion qu'il faudrait agir pour obtenir une amélioration notable. Au delà de quarante ans, l'ablation vaginale de tels utérus ne donnera-t-elle pas, avec le minimum de dangers, une guérison parfaite à ces malades ?

D. LES MALFORMATIONS ACQUISES DU COL UTÉRIN

1) *L'hypertrophie folliculaire suintante*, ce que les Américains appellent « abused cervix »; sans chute de l'utérus, le col peut atteindre la vulve; il donne un écoulement abondant, quelquefois teinté de sang; au toucher, il est considérablement allongé, de consistance ferme, souvent ulcéré.

De nombreuses interventions ont été proposées pour les traiter : l'amputation bi-conique de MARKWALD; l'amputation partielle de SCHROEDER, avec les variantes de DOLERIS, de HOUZEL; l'amputation supra-vaginale du col, le procédé de BOUILLY, celui de POUEY et FORGUES ou évidemment conoïde du col. La multiplicité de ces techniques doit déjà rendre prudent dans l'appréciation de leur valeur.

PINARD et GROEFE se sont élevés violemment contre leur emploi chez les femmes jeunes mais nous ne voulons

retenir pour les cas qui nous occupent, que deux objections. Ils ne font que des ablations partielles du col, laissant les récidives possibles et ne s'occupent pas du corps utérin malade lui aussi. Ils exposent aux hémorragies. Si on ajoute qu'ils sont d'exécution technique souvent aussi délicate qu'une hystérectomie vaginale, nous n'aurons pas de peine à expliquer pourquoi nous donnons la préférence à celle-ci.

2) *Les gros cols suspects de cancer*, gros cols déchirés, violacés, durs par endroits, et pour lesquels il suffirait d'un saignement nettement provoqué par le doigt pour qu'on affirme le cancer au début; on pratique néanmoins une biopsie, mais, même si elle apporte une réponse négative, elle n'apporte pas une tranquillité absolue à l'esprit.

Certains chirurgiens ont considéré ces formes comme des états pré-cancéreux, et nous croyons qu'il suffit d'accepter le nom, de mettre en balance le danger que court la malade, et le peu de gravité de l'hystérectomie vaginale, pour que la conclusion s'impose.

En résumé, ces affections chroniques, irréductibles par le traitement médical, ou pour lesquelles on ne peut éliminer avec certitude le cancer, soit immédiatement, soit dans l'avenir, relèvent de la chirurgie. Mais c'est à la condition que l'acte opératoire ne soit pas disproportionné aux troubles observés, à l'âge et à la résistance des malades.

Ces conditions sont remplies par la simplicité de l'hystérectomie vaginale.

III. Cas discutables

Dans lesquels la voie haute et la voie basse présentent chacune des avantages qu'il convient de comparer.

1° *Cancer du col.*

C'est pour des cancers du col de l'utérus que Sauter et Récamier, que plus tard Czerny et Pean, ont fait les premières hystérectomies vaginales et, de 1880 à 1900, la majorité des chirurgiens est restée fidèle à cette méthode, en raison de la terrible mortalité dont était grevée à cette époque l'hystérectomie abdominale pour cancer (Richelot : 32 % de mortalité, alors que celle de l'hystérectomie vaginale n'atteignait pas 10 %).

Il n'en est plus de même à l'heure actuelle. L'hystérectomie abdominale, tout en restant dans le cancer une opération grave, a vu, grâce aux perfectionnements de sa technique, diminuer considérablement ses dangers, en même temps qu'elle s'affirmait l'intervention susceptible de donner le plus de chances de guérison durable : seule, elle permet de faire une exérèse suffisamment large des ganglions et du tissu cellulaire juxta-utérins, de reconnaître, disséquer et ménager les uretères. Mais la gravité de l'opération de Wertheim, malgré les modifications techniques les plus habiles, ne fait de doutes pour personne. La voie vaginale n'a pas la prétention d'être aussi logique et anatomique que la voie abdominale, et nous ne voulons pas dire qu'elle s'applique à un aussi grand nombre de cas. Mais en est-il toujours de même pour les cancers à forme bourgeonnante et à évolution purement

vaginale, avec culs-de-sac souples, chez les femmes dont la résistance physique paraît compromise par une tare ?

D'ailleurs, la véritable hystérectomie totale élargie, avec ablation anatomique en un bloc de chaînes ganglionnaires et de la totalité du paramètre est sans doute une très belle opération, mais qui ne satisfait pleinement l'esprit que lorsqu'on n'a rencontré qu'un minimum de lésions; une infinité de canaux lymphatiques bourrés de cellules cancéreuses ont été ouverts, et on a toute chance d'avoir ensemencé le terrain derrière soi. Si l'on tient compte de ces arguments, on est moins tenté de reprocher à la voie vaginale le peu d'étendue de son exérèse.

Quoiqu'il en soit, en France, pratiquement seule, l'hystérectomie élargie à la Wertheim par voie abdominale se discute classiquement avec la curiethérapie. Cependant, à l'étranger, l'hystérectomie vaginale élargie est couramment utilisée, associée ou non à la curiethérapie (Schauta, Von Toth, Amreich).

2° *Infection puerpérale post-partum.*

L'utérus y est de consistance molle, friable à l'extrême, très facile à déchirer; tous les opérateurs qui l'ont enlevé par voie vaginale ont insisté sur les difficultés techniques qui en résultent (rejeter les pinces de Museux pour n'employer que de longues pinces à kystes à larges mors). L'opération est toujours très délicate; c'est à peine si le volume de l'utérus permettrait de l'extraire en bloc, même si sa consistance était normale; chaque pince arrache le morceau de tissu sur lequel elle a été placée; celles mises sur les pédicules courent le risque de lâcher pour la même raison; en somme, opération pénible et

sans sécurité. D'autre part, on connaît la fréquence des thrombophlébites suppurées qui peuvent s'étendre sur toute la longueur du plexus veineux utéro-ovarien, ou remonter de la veine hypogastrique jusqu'à la veine iliaque primitive et à la partie basse de la veine cave inférieure. On a pu obtenir dans ces cas la guérison par ligature ou extirpation du paquet veineux, acte souvent plus efficace que l'hystérectomie elle-même.

Ainsi, à cause de ses difficultés techniques, à cause de l'utilité incontestable qu'il y a à vérifier les veines du pelvis, nous croyons qu'il est préférable de recourir à la voie abdominale dans l'infection puerpérale post-partum, d'autant plus qu'en l'associant au traitement médical par la pénicilline, on améliorera souvent un tableau clinique alarmant.

3° *Certaines affections annexielles.*

Nous avons vu dans un chapitre précédent le cas des grosses suppurations pelviennes diffuses, relativement rares. Les choses se présentent tout différemment dans les *suppurations pelviennes habituelles*, et les indications de l'hystérectomie vaginale y sont beaucoup plus limitées. Les salpingites refroidies sont toutes justiciables de la voie haute: La chose ne se discute plus aujourd'hui. Les poussées aiguës de pelvi-péritonite au cours de leur évolution, même lorsqu'elles s'accompagnent de symptômes bruyants et sévères en apparence, cèdent presque toujours au repos et au traitement médical. Si une collection purulente se constitue dans le cul-de-sac de Douglas, la colpotomie postérieure suffit habituellement à en assurer le drainage; même si l'hystérectomie s'impose, l'emploi du

sac de Mikulicz a étendu les indications de la voie abdominale.

Les avantages de la voie basse sont alors largement contrebalancés par ses inconvénients car l'opération est difficile : l'utérus est fixé, ne descend pas, et laisse à peine reconnaître son contour; les adhérences que contractent les poches inflammatoires avec la vessie, le rectum, l'intestin, donnent le maximum de chances de blesser ces organes et surtout de ne pas pouvoir aisément vérifier leur état ou réparer leur blessure; les pinces sont mises sur des tissus friables et exposées au lâchage, d'où risque d'hémorragies; la moindre faute est extrêmement difficile à réparer.

Von Toth, cependant, lui reste fidèle. Tyrone, en lui réservant une place moins importante, a opéré 153 salpingites chroniques sur 973 hystérectomies vaginales. Par contre Danforth considère que les lésions annexielles en sont une contre-indication; tout au plus admet-il qu'on peut toujours, s'il y a doute sur la possibilité d'une opération vaginale, faire une colpotomie postérieure qui permettra une exploration. Hystérectomie vaginale dans les cas favorables, sinon, voie abdominale.

4° *Hystérectomie vaginale faite pour des raisons d'esthétique* (Luzuy).

Lorsqu'une jeune femme le réclame, ses indications peuvent être élargies jusqu'aux limites des facilités opératoires et celles-ci sont fonction du volume et de la mobilité de l'utérus. Delaunay, élève de Pean, a réussi plusieurs fois sans aucune gêne des opérations

sur les annexes avec conservation de l'utérus; il a pu enlever de petits kystes de l'ovaire ou des annexes malades d'un seul côté, il a pu faire des résections partielles ou des cautérisations de l'ovaire.

A condition d'être entraîné à la voie vaginale, elle comporte donc quelquefois et sans risquer la moindre imprudence, un avantage qui n'est pas négligeable, celui de faire plaisir à ses malades.

IV. Indications exceptionnelles

Dans certains cas où l'hystérectomie vaginale, opération héroïque, a pu sauver quelques malades.

1° *Chorio-épithéliomes.*

Bien que l'hystérectomie vaginale ait été souvent proposée, plusieurs raisons plaident en faveur de la voie haute : si l'utérus est gros, le morcellement de la tumeur maligne ne pourra pas être évité par le vagin; en outre, on connaît mieux aujourd'hui l'association fréquente de kystes luteiniques des ovaires, ainsi que la tendance des cellules syncytiales à se propager par les vaisseaux. On comprend donc qu'il y ait le plus grand intérêt à avoir un large jour.

Cependant, dans certaines conditions, on pourrait retenir l'indication de la voie vaginale :

a) Lorsqu'il existe des métastases vaginales si particulières à cette affection, la voie basse est plus facile. Pollosson a publié un cas où une colpohystérectomie enlevant en un bloc les noyaux vaginaux et utérins lui a donné un succès.

b) Lorsqu'il y a infection de la tumeur maligne.

Il existe souvent des lésions ovariennes qui rendent la voie vaginale difficile, et il semble bien qu'elle ne conserve plus aujourd'hui que de très rares indications tirées de l'état général ou de l'anémie extrême des malades.

2° *Inversion utérine.*

C'est une affection rare, dans laquelle l'hystérectomie vaginale pourrait avoir quelques indications très précises (Luzuy).

a) Dans les inversions puerpérales. Les inversions récentes doivent être aussitôt réduites par les manœuvres de taxis classiques, analogues à celles de la réduction d'un paraphimosis.

Les inversions anciennes, c'est-à-dire datant de quelques jours, résultent non seulement de l'impossibilité mécanique de la réduction, mais surtout de ce fait que chaque tentative provoque une hémorragie et qu'on remet plusieurs fois au lendemain la manœuvre utile.

Lorsque la malade est amenée à l'accoucheur ou au chirurgien, il reste à celui-ci le choix entre deux procédés : l'hystérotomie et l'hystérectomie.

La colpohystérotomie postérieure de Kustner a permis de très nombreux succès et l'hystérectomie ne vit que de ses impossibilités. Mais celles-ci sont assez fréquentes si l'on tient compte qu'il s'agit d'inciser, de retourner, de suturer et de remettre dans le ventre un organe qui a séjourné plus ou moins longtemps dans le vagin et à la vulve, dont les parois sont tuméfiées, saignantes, et pour lequel les manœuvres d'asepsie sont très douteuses.

Aussi est-il souvent préférable, en présence d'une inversion un peu ancienne, d'enlever l'utérus que de vouloir faire de la conservation à tout prix.

b) Dans les inversions non puerpérales, dont la cause essentielle est le polype pédiculé du fond de l'utérus qui attire et éverse celui-ci, les indications doivent être tirées : du degré de l'inversion, et de l'âge de la malade.

Pour les inversions accentuées et totales chez des femmes de plus de quarante-cinq ans, « la conservation de l'utérus paraît devoir être plus nuisible qu'utile : l'hystérectomie est la dernière ressource ».

Dans de tels cas, l'hystérectomie abdominale a été quelquefois pratiquée (Chaput), mais la majorité des gynécologues donnent la préférence à l'hystérectomie vaginale. N'est-ce pas, en effet, l'indication la plus évidente, puisqu'il s'agit d'un organe septique, déjà extériorisé et facile à enlever sans danger, à la seule condition de vérifier qu'aucune anse intestinale n'est engagée dans l'infundibulum utérin.

3° *Perforations utérines.*

Dans la perforation utérine faite au cours d'un curettage en milieu infecté se trouve peut-être une indication où la voie basse paraît plus logique, à condition que l'utérus permette des prises convenables pour les pinces.

CONTRE-INDICATIONS

Nous ne ferons ici que les rappeler, puisque nous les avons signalées dans le chapitre précédent quand elles s'imposaient.

1° *Excès de volume.* — Chaque fois qu'un utérus fibromateux présentera une masse nettement trop volumineuse pour pouvoir passer par en bas sans morcellement, l'hystérectomie vaginale ne devra pas être tentée. Le morcellement doit être considéré comme une mauvaise méthode; elle est trop longue et la perte de sang, toujours abondante, est difficile à apprécier. Incontestablement, dans ces cas, la voie abdominale est moins grave et meilleure.

2° *Annexites importantes, adhérences trop étendues, appendicite.* — Lorsqu'on prévoit l'existence d'adhérences multiples et étendues, où l'utérus est fixé, où l'appendice est enflammé, la préférence doit être donnée sans conteste à l'hystérectomie abdominale. La voie vaginale serait difficile et dangereuse. D'autre part, elle réalise d'emblée une castration chez des femmes très souvent jeunes, où la chirurgie conservatrice est de mise; l'exploration pelvienne et le bilan des lésions ne peuvent être faits correctement par cette voie.

3° Dans tous les cas où *la myomectomie* est indiquée, l'hystérectomie vaginale ne saurait l'être.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

Avantages.

L'hystérectomie vaginale présente des avantages multiples :

1° *Simplicité.* — Toute l'opération se passe à la vulve, constamment sous le contrôle de la vue.

2° *Minimum de shock.* — Le shock opératoire est infiniment moindre que dans l'hystérectomie abdominale. La masse intestinale n'y est ni exposée, ni manipulée; elle ne subit aucun tiraillement puisque, dès le début de l'opération, elle est soutenue et isolée par une grande compresse qui la retient au-dessus du champ opératoire. L'intervention ne nécessite pas la mise en position de Trendelenburg, très pénible pour des malades obèses, cardiaques ou emphysémateuses. On est étonné de trouver à son réveil un sujet aussi peu schocké et presque dans son état normal.

3° *Réduction du danger d'infection.* — Le danger de péritonite est réduit au minimum puisque toute l'opération est extra-péritonéale (ou du moins ne nécessite pas une ouverture plus grande du péritoine que pour une simple hernie). L'extériorisation des annexes suppurées est plus proche par la voie vaginale que par la voie abdominale.

4° *Réduction de la durée.* — C'est une opération rapide, réalisée en quelques minutes, surtout quand on laisse les pinces à demeure. Seule l'hémostase représente dans l'autre cas une perte de temps à la fin de l'intervention.

5° *Réduction des possibilités d'adhérences.* — La masse intestinale n'a pas été manipulée, et il n'y a qu'une cicatrice péritonéale.

6° *Simplicité des suites opératoires.* — Elle met à l'abri des éventrations fréquentes après laparotomie, et réduit au minimum les complications immédiates : Moins de congestions ou d'embolies pulmonaires, moins de thrombophlébites. Dès le septième jour, la malade peut se lever et marcher.

7° *Absence de cicatrice extérieure.* — Qui peut avoir son importance chez certaines malades .

Les avantages de l'hystérectomie vaginale sont indiscutables. Campbell en rapporte 2.798 cas, avec seulement 6 décès, où elle a été réalisée pour cancers du corps, cancers du col, fibromes, métrorragies, prolapsus et pour d'autres affections moins fréquentes : Rétroversions, endométriomes, polypes utérins, kystes de l'ovaire, tumeurs de la vessie, chorio-épithéliomes, etc... (indications pour la plupart exceptionnelles en France).

Campbell a dressé deux tableaux comparatifs. Dans le premier, il note les résultats de l'hystérectomie abdominale totale et subtotale réalisée par divers auteurs américains et par lui-même. Il fait de même dans le deuxième pour l'hystérectomie vaginale.

Hystérectomie abdominale totale et subtotale.

Auteurs.	Nombre.	Décès.	
Smith	837	6	
Miller et Préjean	629	12	
King	537	5	
Williams	1.870	52	
Mengert	1.925	38	
Bryan et Trabue	29.442	849	
Mac Donald	2.628	27	
Masson	2.184	21	
Dannreuther	535	6	
	40.587	1.019	= 2,5 %
Campbell	898	10	
	41.485	1.029	= 2,4 %

Hystérectomie vaginale.

Auteurs.	Nombre.	Décès.	
Danforth	517	1	
Tyrone et Weed	305	2	
Waugh	600	2	
Averett	822	3	
Babcock	300	0	
Tofer	210	0	
Burwig	100	1	
Masson	782	6	
Miller et Préjean	199	2	
Smith	363	0	
Phillips	84	1	
	4.482	18	= 0,40 %
Campbell	2.798	6	
	7.280	24	= 0,32 %

De ces statistiques portant sur un aussi grand nombre de cas, il tire la conclusion que la mortalité par voie vaginale (0,32 %) est six fois plus faible que par voie abdominale (2,4 %).

De son côté, PETIT rapporte 123 cas consécutifs sans décès opératoires résumés dans le tableau suivant :

Fibromes	75
Fibromes avec annexites non suppurées	17
Fibromes avec annexites suppurées	11
Prolapsus	4

Néoplasmes :

Du col	6
Du col avec fibrome	2
Du corps	3
Du corps avec fibrome	1
Du corps avec annexites	4
TOTAL des hystérectomies vaginales	123

(Sur les 16 cas de néoplasmes: 6 décès par récidive ou métastases de 17 à 30 mois après l'opération. PETIT pense que le pronostic éloigné dans ces cas-là est peut-être moins favorable que dans l'opération de Wertheim).

Dans la thèse de GUILLEMIN, la statistique lyonnaise de COTTE, sur 245 opérées, donne 5,29 % de mortalité, avec 2 ruptures de l'isthme, 4 fistules vésico-vaginales et 1 hémorragie grave comme accidents post-opératoires.

Inconvénients.

On a, par contre, fait des reproches à l'hystérectomie vaginale, mais ses inconvénients tiennent beaucoup plus aux indications mal posées qu'à la technique même.

1° *C'est une opération aveugle.* — C'est seulement vrai quand les indications en sont mal posées et quand les conditions anatomiques nécessaires n'ont pas été respectées : L'intervention se passe alors dans un véritable cul-de-sac; les pédicules sont mal vus, les prises sont faites au juger, les ligatures sont délicates à poser. C'est pourquoi on doit la rejeter dans tous les cas de lésions annexielles importantes, avec adhérences étendues, utérus peu mobilisable ou fixé, et où elle serait particulièrement aveugle.

2° *Danger d'hémorragie.* — Par possibilité de dérapage ou rupture des pinces à demeure; par chute des ligatures ou lâchage d'un pédicule qui a alors tendance à se rétracter et à disparaître dans le fond de la plaie. Pratiquement, du point de vue technique, on ne court pas plus de risques que par voie abdominale.

3° *Blessure des organes voisins.* — On peut voir des accidents dus au pincement de l'uretère, de l'épiploon, de l'intestin grêle, des lésions de la vessie ou du rectum

En cas d'anesthésie générale, si la malade pousse, les anses grêles envahissent la plaie opératoire et courent le risque d'être sectionnées au moment de l'ouverture du Douglas, ou pincées. Le danger est maximum si des lésions annexielles fixent les anses grêles dans le petit bassin. Ces dangers sont diminués par la rachi-anesthésie.

La vessie court un danger évident, mais c'est un accident rare, car il suffit en la décollant, de passer dans le bon espace et de la protéger ensuite par un écarteur. Si elle est blessée, on peut enfouir la plaie vésicale par des sutures en bourses successives, et le risque de fistule vésico-vaginale reste faible.

Les lésions uretérales étaient autrefois fréquentes, quand l'hystérectomie vaginale avait de vastes indications : L'uretère était blessé en plaçant la pince sur l'artère utérine. En pratique, le fait de refouler la vessie et avec elle l'abouchement des deux uretères, explique la rareté de leur lésion.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici quinze cas où l'hystérectomie vaginale a été pratiquée par M. le Professeur DIEULAFÉ. Nous nous défendons de vouloir établir des statistiques et de rivaliser à ce point de vue avec les travaux américains par exemple. Notre intention est simplement d'illustrer cette thèse par quelques cas que nous avons pu étudier nous-même.

1 cas. — *Infection post abortum* avec accidents septicémiques chez une jeune femme de 25 ans : Mort par continuation de l'infection en quarante-huit heures.

1 cas. — *Hémorragie post-ménopausique :* Chez une femme de 65 ans : Métrite sénile : Guérison.

3 cas. — *Fibrome utérin,* dont un très volumineux chez une femme obèse, ayant nécessité un morcellement laborieux : trois guérisons.

3 cas. — *Cancer du col :* L'hystérectomie vaginale fut suivie de curiethérapie intravaginale et de rœntgenthérapie.

1° *Epithélioma baso-cellulaire intracervical:* Guérison depuis trois ans (novembre 1944) ;

2° *Cancer très hémorragique* (nécessité de transfusion) remplissant largement le fond du vagin, ce qui em-

pêchait une curiethérapie correcte : Mort par métastases pelviennes neuf mois après;

3° *Polype du col très volumineux dégénéré :* Mort dix-huit mois après avec récidive vaginale.

7 cas. — *Cancer du corps..*

1° *Cancer évoluant depuis longtemps* chez une femme de 68 ans très cachectique avec propagation péritonéale: Morte au huitième jour de péritonite;

2° *Cancer du corps* chez une femme de 50 ans, ayant subi auparavant une castration radiothérapique pour fibrome : Hystérectomie vaginale qui permet l'ablation d'un kyste de l'ovaire droit du volume d'une orange. Mort six mois après par métastase lombaire;

3° *Cancer du corps* chez une femme de 60 ans ayant subi dix ans avant une curiethérapie intra-utérine pour fibrome : Tumeur étendue à la moitié de l'utérus qui se morcelle sous l'influence des pinces de traction. Guérison;

4° *Adéno-épithéliome total de l'utérus :* Guérison depuis juillet 1943;

5° *Cancer du corps d'un utérus fibromateux:* Guérison depuis septembre 1946;

6° *Cancer du corps localisé :* Guérison depuis juin 1944;

7° *Cancer du corps localisé :* Opéré depuis décembre 1947.

CONCLUSION

Tout ce qui vient d'être exposé en faveur de l'hystérectomie vaginale n'a pas pour objet de discréditer l'hystérectomie abdominale, opération excellente, aujourd'hui parfaitement réglée et dont on ne compte plus les succès. L'une et l'autre conservent leurs indications bien précises.

L'hystérectomie vaginale ne doit pas être pratiquée seulement par tradition. Si tous les chirurgiens sont d'accord pour l'utiliser chez une femme âgée, cardiaque, obèse, emphysémateuse qui présente un utérus suspect justiciable de l'exérèse, à laquelle on ferait courir trop de risques en tentant une laparotomie, tous ceux qui en connaissent bien les secrets pourront aisément élargir le champ de ses indications. Elle est une opération facile à faire accepter, « puisqu'on n'ouvre pas le ventre ».

Sa plus grande difficulté réside surtout dans la nécessité de poser une indication précise.

Nous sommes convaincus que l'hystérectomie vaginale reste une intervention qu'il faut connaître et qu'il convient, de temps en temps, de donner la préférence à la voie basse, lorsque la laparotomie n'est pas absolument indispensable, pour garder présents à l'esprit et aux doigts les détails d'une technique bien réglée pour le jour où la vie d'une malade dépend de la sûreté de son exécution.

Nous pensons donc, et c'est la conclusion de cette thèse, que l'hystérectomie vaginale mérite de conserver une place importante dans la chirurgie gynécologique actuelle, qu'elle garde ses indications bien précises, et qu'il faut savoir poser, en clinique, qu'elle est dans certaines circonstances, supérieure à toute autre intervention.

Le Président de la thèse :

LEFEBVRE.

Vu, le Doyen :

CALVET.

Vu et permis d'imprimer.

Toulouse, le 20 mars 1948.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — *Am. Journ. Obst. and Gyn.*, vol. XXIII, n° 3, mars 1932, pp. 332-342.

AMREICH. — A propos des dangers et des résultats de l'hystérectomie vaginale élargie (étude basée sur 1.505 opérations) (*Wiener Klinische Wochenschrift* a. 56, n° 9, 5 mars 1943, pp. 162-168, avec 6 fig.; Analyse : *Journal de Chirurgie*, t. 60, n^{os} 1-4, 1944, pp. 87-88).

AVERETT. — 348 cas d'hystérectomies vaginales (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1938, pp. 978-984).

BABCOCK (W.). — A technic for vaginal hystérectomy (*Surg. Obst. Gyn.*, février 1932, pp. 193-199).

BECLERE (C.). — Fréquence et diagnostic du cancer du corps de l'utérus (Société Française de Gynécologie, séance du 4 oct. 1937, pp. 193-200).

— Traitement du cancer du corps de l'utérus (*Paris Médical*, 19 mars 1932, pp. 259-266).

BENDER (X.). — Indications actuelles et technique de l'hystérectomie vaginale (Société française de Gynécologie, 4 octobre 1937).

Bertrand et Guillemin. — Sur la technique de l'hystérectomie vaginale (*Lyon Chirurgical*, t. 38, n° 3, mai-juin 1943, pp. 241-248).

Blanc (M.-H.). — A propos de l'hystérectomie vaginale (Sté des Chir. de Paris, séance du 20 mai 1938; in *Bull. et Mém. de la Sté des Chir. de Paris*, t. 30, n^{os} 8-9, 1938, p. 254).

Bud (G.). — Total hysterectomy through vaginal route under intraveinous narcosis with evipan sodium using author's special arm injection apparatus (*Orvosi hetil* 78 : 711-714, Aug. 4, 1934).

Campbell (Z. B.). — Report de 2.798 hystérectomies vaginales (*American Journal of Obst. and Gyn.*, 52, 4, octobre 1946, pp. 598-613).

Chavannaz (J.). — Quelques réflexions sur l'hystérectomie vaginale (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, n° 11, nov. 1938, p. 877).

Danforth. — *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, nov. 1938, vol. 36, p. 105.

Datnow (M.). — Vaginal hysterectomy (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 27 : 761-768, april 1934).

Eastman (O. N.). — Vaginal hysterectomy (*New England J. Med.* 212 : 87-90, janv. 17, 1935).

Esquirol. — Hystérectomie vaginale par section première des ligaments utéro-sacrés (*Thèse*, Paris 1936)

Falk (H. C.), Bunkin (I. A.). — Etude de 500 hystérectomies vaginales (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 52, 4, octobre 1946, pp. 623-630).

FAURE (J. L.). — Les méfaits du curettage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus (*Presse Médicale*, 24 mai 1930, p. 705).

— A propos de l'hystérectomie vaginale (Sté de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, séance du 11 janvier 1938; in *Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst.*, janvier 1938, p. 45).

— A propos de l'hystérectomie vaginale rapide avec pinces à demeure (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, séance du 14 janv. 1942, pp. 8-13).

FEENEY (J. K.). — Observations sur l'hystérectomie (*Irish Journ. of Medical Science* (Dublin), janvier 1947, pp. 1-13).

FILHOULAUD (H.). — Hystérectomie vaginale et opération de Lefort, variante de technique (Journées Gyn. de Paris, 1943; in *Revue Franç. de Gyn. et d'Obst.*, n° 10, octobre 1943, p. 290).

— Hystérectomie vaginale et opération de Lefort (*Questions gyn. d'actualité*, t. 3, fasc. 1, 1943).

FRESNAIS (J.). — Péritonite par sphacèle d'un kyste de l'ovaire après colpo-hystérectomie vaginale (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, n^{os} 13-14, pp. 207-210, Séance du 14 avril 1943).

GELLHORN. — Vaginal hysterectomy under local anesthesia (*Surg. Gyn. and Obst.*, oct. 1930, pp. 483-490)

GOGSWELL. — Indications de l'hystérectomie vaginale (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. 65, n° 6, décembre 1937).

Guillemin (G.). — L'hystérectomie vaginale (*Thèse*, Lyon, 1940-1941; in *Lyon Chirurgical*, n° 1, janv.-février 1944, p. 128).

Heaney (U. S.). — Series of 627 vaginal hysterectomies performed for benign disease with 3 deaths (*Am. J. Obst. and Gyn.* 30 : 269-272, Aug. 1935).

Horsley (J. S.). — Vaginal hysterectomy with special reference to its employement in cancer of fundus of uterus (*Am. J. Surg.* 24 : 582-594, June 1934).

Huard (P.). — Hystérectomies vaginales (*Rev. Méd. Franç. d'Extrême-Orient*, t. 18, n° 5, mai 1938, p. 499).

Kennedy. — Vaginal hysterectomy (indications) (*Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, avril 1927, n° 4, pp. 506-511).

Labry (R.). — Indications de l'hystérectomie vaginale (*Thérapeutique Gynécol.*, 1946, pp. 121-125).

Le Dinh Quy. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale (*Thèse*, Hanoï 1935-1936).

Lefebvre et Laurens. — A propos du tétanos *post abortum* (*Acad. de Chir.*, 11 juillet 1945, pp. 344-346).

Lenormant. — Quelles sont à l'heure actuelle les indications de l'hystérectomie vaginale ? (*Progrès Méd.*, pp. 649-652).

Long (W.). — Vaginal hysterectomy (*J. Oklahoma M. A.* 27 : 307-310, septembre 1934).

Luque (M. J.). — Algunas consideraciones con motivo de la histerectomía vaginal y a manera de prólogo

(*Rev. Med. de Bogota* 44 : 1.093-1.122, Feb. March. 1935).

Luzuy (M.). — L'hystérectomie vaginale (Etude critique des indications et des techniques) (*Thèse*, Paris 1931 n° 469).

— Quelle place faut-il conserver à l'hystérectomie vaginale dans la chirurgie moderne ? (*Gaz. méd. de France*, 15 avril 1932, pp. 282-289).

Nascu (G.). — Case of uterine inversion following abortion, recouvery after vaginal hysterectomy (*Cluj. Med.* 14 : 150-152, 1er mars 1933).

Papin (F.). — Traitement des fibromes utérins (*Journal Méd. Bordeaux*, 10 avril 1935, n° 10, pp. 271-275).

Pauchet. — Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin : La perforation utérine (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, t. XX, n° 14, 1928, p. 726).

Peham, Amreich. — Trente années d'hystérectomie vaginale dans le cancer du col utérin (*Wiener Klinische Wochenschrift*, an. XLIV, n° 22, 29 mai 1931).

Petit (R.). — L'hystérectomie vaginale. Technique et indications (*Société des Chir. de Paris*, pp. 516-537).

Preston (W. F.). — Vaginal hysterectomy (*Delaware State M. J.*, 5 : 129-133, June 1933).

Quenu. — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause (*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 6 novembre 1933).

Richardson. — *Am. Journal of Obst. and Gyn.*, 1935, vol. 30, p. 237.

— *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1936, vol. 32, p. 641.

Rosenstein (W.). — Die vaginale uterus extirpation subpartum (*Monatschr. f.; Geburtsh. u. Gynak.* 94 : 282-288, June 1933).

Rouhier (G.). — Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale rapide avec pinces à demeure. Une opération qui ne doit pas disparaître (*Mémoires de l'Acad. Chir.*, Séance du 19 nov. 1941, pp. 778-785).

Schilling. — Résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale pour cancer du col par le procédé de Schauta-Stoeckel à la Clinique Gynécologique de Leipzig de 1923 à 1926 (*Zentr. für Gyn.*, 14 janv. 1933, pp. 114-117).

Sejournet (M. P.). — Utilité de l'hémostase par ligature au cours de l'hystérectomie vaginale (*Bull. et Mém. de la Sté de Méd. de Paris*, n° 5, 9 mars 1934).

— A propos de l'hystérectomie vaginale (Sté des Chir. de Paris, séance du 17 juin 1938; in *Bull. et Mém. de la Sté des Chir. de Paris*, t. 30, n^{os} 10-11, 1938, p. 322).

— Les indications opératoires de 33 hystérectomies vaginales récentes (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, Séance du 10 février 1939, n° 3, p. 99).

Stoeckel. — *Arch. für Gyn.*, 1927, t. CXXXII, p. 125.

Tyrone. — *New Orleans M. and S. J.*, 1935, vol. 88, p. 490.

— L'état de l'hystérectomie vaginale en chirurgie gynécologique (*Annals of Surgery*, vol. 105, n° 6, juin 1937).

URIARTE. — Trois cas d'hystérectomie vaginale (*Cirugía y Cirujanos*, n° 4, octobre 1934).

VARGAS (A.). — Hystérectomie vaginale (*Cirugía y Cirujanos*, t. 7, n^{os} 11-12, nov.-déc. 1939).

VILLARD et LABRY. — Considérations cliniques sur le cancer du corps utérin chez la femme âgée (*Paris Médical*, 15 déc. 1934, pp. 492-496).

VIOLET. — Sur vingt cas d'hystérectomie vaginale avec colporaphie antérieure et colpopérinéoraphie dans les prolapsus graves (*Lyon Méd.*, 151 : 155-161, 5 février 1933).

VON TOTH. — *Arch. für Gyn.*, t. CXXXVII, 1929, pp 902-906.

WEBER (E.). — Techniques chirurgicales vaginales. Possibilités et limites, 1948.

WOOD (H. D.). — Vaginal hysterectomy Pryor clamp (*J. Arkansas M. Soc.* 32, 94-95, novembre 1935).

Imprimerie PARISIENNE
16, Place du Palais, 16
TOULOUSE